

Question : Comment faut-il enregistrer le Gastrinome ? DI= 2006, Topo =C80? Code Morpho du **poumon?**

Cas 9137:

21.05.2019: Nodules pulmonaires (bilatéraux infracentimétriques) et adénopathie médiastinale dans un contexte de tumeur neuroendocrine de type Zollinger Ellison non localisée évoluant depuis 15 ans

22.05.2019:

PET-SCAN AU 18-FDG

INDICATION :

Mise au point nodule pulmonaire, tumeur neuroendocrine.

TECHNIQUE :

Examen réalisé 66 min après injection de 5.1 mCi de 18F-FDG. WBS AC CT 120 kV 40 mAs. 9 pas. Glycémie 94 mg/dl.

RESULTAT :

Intense fixation du traceur en regard du nodule pulmonaire segment postérieur lobe supérieur gauche (SUV max à 7.04).

Pas d'autre foyer fixant le traceur.

CONCLUSION :

Nodule pulmonaire postérieur lobe supérieur gauche très hypermétabolique compatible avec une tumeur neuroendocrine indifférenciée (scintigraphie des récepteurs à la somatostatine négative)

23.05.2019: RECHERCHE TUMEURS TEKROTYD

Motif :

Recherche et bilan d'extension d'un gastrinome. Stadification histopathologique.

Syndrome de Zollinger Ellison nodule pulmonaire.

Résultat :

La scintigraphie planaire en mode corps entier montre une fixation hétérogène au niveau des de la poche à air gastrique inhabituelle bien qu'elle se superpose à une activité splénique physiologique.

La tomoscintigraphie couplée à un CT montre des fixations peu intenses et hétérogènes potentiellement aspécifiques ainsi qu'au niveau pulmonaire où il existe une discrète fixation a priori costale de l'apex pulmonaire gauche ainsi qu'au niveau d'un nodule para-isthmique postérieur gauche.

A noter un foyer d'hyperfixation au niveau de la paroi de la poche à air gastrique.

Conclusion :

Gastrinome avec lésions secondaires pulmonaires probables ainsi que lésions hépatiques exprimant peu les récepteurs à la somatostatine. Une lésion pulmonaire gauche capte avidement le FDG ; forme indifférenciée probable. A confronter aux données histopathologiques.

CONCLUSION :

- Tumeur neuroendocrine de type gastrinome en généralisation hépatopulmonaire possible, mais fixations octréoscan paraissent négatives/très peu actives après discussion !

- Nodule LSG fortement actif au niveau PET scan sans captation Octréoscan compatible avec une deuxième tumeur pulmonaire primitive ; lésion pulmonaire droite néanmoins également discrètement active avec un Suv actuellement non

significative

- Maladie de von Willebrand !

RAPPORT DE STAFF INDIVIDUEL Date Réunion : 17.06.2019
--

Motif :

- gastrinome avec localisations pulmonaires et hépatiques.
- Maladie de Von Willebrand
- Nodule lobaire supérieur gauche fortement hypermétabolique et suspect de primitif pulmonaire

conclusion

Recommandation collégiale de réaliser :

une IRM cérébrale,
un bilan fonctionnel respiratoire,
une fibroscopie bronchique,
un bilan d'opérabilité en vue d'une lobectomie supérieure gauche,
avis en cardiologie, hématologie.

24.06.2019:

Pour rappel, réalisation d'un PET-CT dans le cadre du suivi d'un Zollinger-Ellison. Présence d'un nodule lobaire supérieur gauche fortement actif au niveau PET scan sans captation à l'Octréoscan compatible avec une deuxième tumeur pulmonaire primitive ; lésion pulmonaire droite néanmoins également discrètement active avec un Suv actuellement non significative.

Mode de vie : préretraîtée, avant responsable communication Arcelor Mittal, veuve, 2 enfants, ancien éthylisme

Tabagisme en sevrage depuis fin mai 2019

Antécédents notoires :

Maladie de von Willebrand type 1

Gastrinome de localisation inconnue

04.07.2019:

Tumeur neuroendocrine de type gastrinome en généralisation hépatopulmonaire possible mais fixations octréoscan paraissent négatives/très peu actives après discussion ! A suivre après traitement de la lésion pulmonaire

- Nodule LSG compatible avec une deuxième tumeur pulmonaire primitive T1 N0M0
- proposition de lobectomie - à valider au CHEST meeting

à noter qu'il existe également une lésion pulmonaire droite discrètement captant qui nécessitera un suivi - proposition de faire une lobectomie supérieure droite

RAPPORT DE STAFF INDIVIDUEL
Date Réunion : 08.07.2019

Motif :

Gastrinome depuis environ 15 ans.

Au scanner thoracique mise en évidence d'un nodule LSG et un petit nodule LSD.

Petscan et octréoscan réalisés : nodule LSG fortement hypermétabolique.

Probable carcinome bronchique primaire.

Motif de la discussion : chirurgie ?

Conclusion : Chirurgie

Recommandation collégiale de réaliser une lobectomie supérieure gauche et une surveillance du nodule lobaire supérieur droit.

30.07.2019 ANAPATH:

Pièce de lobectomie pulmonaire, lobe supérieur gauche (pièce 7) :

Adénocarcinome invasif moyennement différencié de types tubuleux (70%) et solide (30).

La taille maximale de la tumeur 1,2 cm.

L'envahissement de la plèvre viscérale ne peut être évalué avec certitude à cause de fragmentation (voir

aussi l'extempo 19X40180).

Les marges chirurgicales (bronchique et vasculaire) sont sans évidence de la tumeur.

Sans évidence de métastases ganglionnaires (voir les détails ci-dessous).

Classification de la stade pathologique : pT1bN0Mx G2 R0 PLx

Curage ganglionnaire

Les ganglions péribronchiques (pièce 7) :

Quatre ganglions lymphatiques sans évidence de lésion métastatique 0/4

1. Ganglions lymphatiques niveau 11L

Un ganglion lymphatique avec des pigment anthracotiques, sans évidence de lésion métastatique. 0/1

2. Ganglions lymphatiques niveau 10L

Deux ganglions lymphatiques avec des pigments anthracotiques, sans évidence de lésion métastatique. 0/2

3. Ganglions lymphatiques niveau 12L

Multiples fragments d'un ganglion lymphatique avec des pigments anthracotiques, sans lésion métastatique. 0/1

4. Ganglions lymphatiques niveau 8L

Fragments de tissu mou dans un fond hémorragique, sans évidence de tissu lymphoïde.

5. Ganglions lymphatiques niveau 4L

Un ganglion lymphatique avec des pigment anthracotiques, sans évidence de lésion métastatique. 0/1

6. Ganglions lymphatiques niveau 2L

Quatre ganglions lymphatiques sans lésion métastatique. 0/4

- Les cellules tumorales sont positives pour cytokératine 7, Napsine A, TTF-1 (nucléaire); elles sont négatives pour cytokératine 5/6, p40.
L'immuno phénotypage est caractéristique pour un adénocarcinome d'origine pulmonaire
- PRESENCE d'une expression FORTE (TPS $\geq$ 50%) de l'antigène PD-L1 détectable par IHC.
- négatif pour l'ALK par immunohistochimie
- Résultat négatif pour le ROS1 par immunohistochimie
- Négatif EGFR

06.09.2019 Consultation Pneumo:

MOTIF :

Consultaion post lobectomie LSG

ANAMNESE :

- Tumeur neuroendocrine de type gastrinome en généralisation hépatopulmonaire possible , mais fixation octréoscan paraissent négatives/très peu actives après discussion ! A suivre après traitement de la lésion pulmonaire
- Nodule LSG compatible avec une deuxième tumeur pulmonaire primitive T1 N0M0 - proposition de lobectomie - à valider au CGHEST meeting
- à noter qu'il existe également une lésion pulmonaire droite discrètement captant qui nécessitera un suivi lésion pulmonaire droite est néanmoins également discrètement active avec une Suv actuellemt non significative -proposition de faire une lobectomie supérieure droite

CONCLUSION :

- Adénocarcinome myennement différencié pT1b No Mx c PDL1 fortement positif - Alk et Ros en attente.
- Nodule LSD à suivre
- Tumeur carcinoïde à suivre

---- pas de suite au CHL

PET scan extern 19.12.2019:

Positronen-Emissions-Tomographie (PET/CT) mit ^{18}F -Fluor-Deoxyglukose (^{18}F -FDG) vom 19/12/2019

Klinische Fragestellung und rechtfertigende Indikation: Z.n. Lobektomie linker OL. Abklärung suspekter Lungenrundherd rechter OL, Verlaufskontrolle, Dignitätsbeurteilung.

Durchführung: Intravenöse Injektion des Radiopharmakons (4.8 mCi) bei einem Nüchternblutzucker von 110 mg/dl. Infusion von 500 ml isotonischer Elektrolytlösung. Orale Kontrastierung mit 500 ml 2%-iger Gastrografin-Lösung. PET- Akquisition (80 min p.i. Schädeldecke bis proximale Femora) mit iterativer, schwächungskorrigierter Rekonstruktion und Bildfusion mit der CT. Semiquantitative regionengestützte Auswertung (SUV-Messung in 5 mm dicken Schichten).

Befund: Zum Vergleich liegt ein PET/CT vom 22.05.2019 vor. Es zeigen sich folgende PET-CT Fusionsbefunde: FDG-positive kleine Raumforderung im rechten Lungenoberlappen (ca 8 mm, SUVmax: 4.3) Größenprogredient im Vgl. zum PET/CT von 22.05.2019 (ca 4 mm, SUVmax 1,0). Ansonsten physiologische Normalverteilung.

Soweit beurteilbar in der zur Schwächungskorrektur angefertigten Niedrigdosis-CT ohne Kontrastmittel: Z.n. Lobektomie links. Verdichtungen subkutan gluteal, Z.n. subkutanen Injektionen?

Beurteilung: Hypermetaboler, im Verlauf größenprogredienter Lungenrundherd im rechten Oberlappen, in erster Linie einem Malignom entsprechend. Kein Hinweis auf Lymphknoten- oder Fernmetastasen.

TNM nach PET/CT: cT1a cN0 cM0 (die Histologie eines NSCLC vorausgesetzt)